



**L'EXPÉRIENCE DU DÉNI DE RECONNAISSANCE
DANS LA RELATION MÉDECIN/PATIENT La
signification politique et morale de la relation de soin au
prisme de la théorie de la reconnaissance selon A.
Honneth**
Marie Gaille

► **To cite this version:**

Marie Gaille. L'EXPÉRIENCE DU DÉNI DE RECONNAISSANCE DANS LA RELATION MÉDECIN/PATIENT La signification politique et morale de la relation de soin au prisme de la théorie de la reconnaissance selon A. Honneth. Le Temps philosophique, Publications du département de philosophie de l'Université Paris X-Nanterre, 2009, pp.89-113. <hal-01308744>

HAL Id: hal-01308744

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01308744>

Submitted on 28 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**La signification politique et morale de la relation de soin
au prisme de la théorie de la reconnaissance selon A. Honneth¹**

Par voie de presse pour la plupart d'entre nous, nous apprenons certains faits qui mettent au centre de l'attention la figure du malade et nous prenons connaissance d'une série de sentiments qui se déploient sur une large palette, allant de l'insatisfaction à la colère en passant par l'impression de dégradation de soi. Ils affleurent de temps à autres de façon publique à travers des écrits (ouvrages de fiction ou de témoignage, entretiens journalistiques) ou filmiques (documentaires, fictions inspirées de faits divers, etc.). Si l'ensemble de ces témoignages ne constitue pas un phénomène statistique massif, il n'en perd pas pour autant son intérêt. Le fait même que ces expériences soient portées à la connaissance, par des biais divers et dans ces cercles plus ou moins larges (du cercle académique à l'espace public) constitue en lui-même d'ailleurs un phénomène à interpréter. Je m'intéresserai ici avant tout à la question de savoir comment l'on peut penser ces faits du point de vue de la philosophie morale et politique. Plus spécifiquement, l'objectif de cette contribution est de mettre en évidence une voie possible pour penser une question dont on n'a pas, à mon sens, assez tenu compte jusqu'à ce jour dans la pensée bioéthique, celle de l'articulation de la dimension morale et de la dimension politique propre à la relation médecin/malade.

Pour commencer, je proposerai une rapide tentative de catégorisation de ces faits en différents types, afin d'identifier celui sur lequel je vais me concentrer. Dans certains cas, les événements renvoient à des maladies dans le travail : ils posent le plus souvent la question du rôle, voire de la responsabilité, de l'État et/ou celle de l'entreprise dans l'émergence de la maladie.² Dans d'autres situations, c'est la relation entre le médecin et le malade qui est en jeu, et plus précisément le rôle ou la responsabilité du premier dans la relation de soin. Elle

¹ Je remercie Simone Bateman, Claire Crignon-De Oliveira, Nicolas Dodier, Véronique Fournier, Alice Le Goff et Danièle Siroux pour leur relecture attentive et leurs précieuses suggestions.

² Fin 2005, en France, le quotidien *Le Monde* a par exemple consacré plusieurs articles à l'amiante et au silence qui a entouré les personnes malades pendant de nombreuses années. Par exemple, dans ses éditions du 27 octobre ('Pour les sénateurs, l'État a trop longtemps nié le danger de l'amiante', par P. Benkimoun) et du 17 décembre (une double page intitulée « La vallée de la mort lente », par C. Prieur). Les témoignages recueillis font état du silence des usines, des administrations et de l'État, de l'ignorance dans laquelle ont été durablement maintenus les salariés et du problème de la reconnaissance publique et professionnelle du danger et des cas de pathologies graves suscitées par l'amiante. Ceux qui en témoignaient, rappellent les articles, n'étaient pas pris au sérieux ou rejetés, à tel point qu'aujourd'hui la commune de Condé-sur-Noireau, « *tiraillée entre l'envie de crier sa révolte et le désir d'enfouir son passé dans l'oubli* », a inauguré le 1^{er} octobre 2005 un monument aux morts dédié aux victimes de l'amiante.

peut l'être de différentes façons. Certains cas font état d'une erreur médicale qui a été rendue publique et le cas échéant s'est trouvée juridiquement sanctionnée ou est en passe de l'être.³ D'autres cas encore renvoient à des situations d'abus de pouvoir, où les équipes médicales ont procédé à une intervention ou à un soin au mépris de la volonté du patient, et sans l'avoir informé.⁴ Enfin, une catégorie de faits renvoie à un vécu de l'ordre de la « non reconnaissance ». Nous employons ici le terme de « reconnaissance » dans son acception commune, sans référence spécifique à la théorie de la reconnaissance dont il sera question par la suite. Ce vécu renvoie à une série de sentiments négatifs sur soi-même suscités par le regard d'autrui, qu'il soit de l'ordre du mépris, du rejet ou de l'absence de considération. Ce vécu s'inscrit parfois dans la relation d'une personne à l'expression d'une norme socialement diffuse ou dans certains cas, promue de façon explicite par des groupes sociaux ou des instances (associations, églises, etc.).⁵

Ce vécu de l'ordre de la « non reconnaissance » intervient aussi au sein de la relation entre malade et équipe soignante. C'est ce cas qui nous intéresse dans cet article. Le malade estime ne pas être « reconnu » par son médecin comme il devrait l'être et exprime un sentiment d'insatisfaction, une forme de ressentiment, ou encore de la frustration. Il en parle à son entourage et peut-être à une partie de l'équipe soignante qu'il estime plus « à l'écoute ». Il peut tenter, le cas échéant, de faire connaître son expérience de manière publique, en interpellant « l'opinion » par voie de presse de façon individuelle ou par l'intermédiaire d'une

³ *Libération* a ainsi proposé dans son édition du 13 septembre 2007 une double page sur les « malades irradiés d'Épinal bien seuls », sur le silence qui a entouré leur traitement par radiothérapie et ses conséquences, sur la volonté de certains malades, constitués en association, de dénoncer l'absence d'information, la lenteur de la reconnaissance des dysfonctionnements, et le déni de leur perception des problèmes.

De son côté, Alicia Tysiac a fait l'objet d'une couverture de presse internationale : aujourd'hui classée dans la première catégorie d'invalidité et incapable de travailler dans un emploi non réservé aux handicapées, cette femme a quasiment perdu la vue après qu'on lui a, en Pologne, refusé un avortement thérapeutique alors qu'une grossesse à risque avait été diagnostiquée. Elle a assigné en 2006 la Pologne devant la Cour européenne des Droits de l'homme pour « *traitement dégradant* ». Elle a obtenu gain de cause, au nom de la notion de non-respect de la vie privée de la personne (article 8 de la Convention des droits de l'homme), dans un jugement rendu le 20 mars 2007. La Cour a reconnu par ailleurs que la manière de traiter Alicia Tysiac avait été à l'origine d'une angoisse et d'une détresse profonde.

⁴ *Libération* a publié le 3 mars 2006 une enquête sur le cas des femmes, en premier lieu des Roms, stérilisées sans le savoir en République tchèque, qui illustre bien ce cas de figure. Ces femmes indiquent que rien ne leur a été révélé ni expliqué au moment de l'opération, se plaignent de discrimination quand elles sont Roms et du traitement qui leur a été réservé : « *ils nous traitent comme des animaux, pas comme des vraies femmes. De quel droit ont-ils décidé à ma place ?* ». Certaines ont porté plainte, pas toujours avec succès, au nom du préjudice subi, physique mais aussi moral.

⁵ Ainsi, une mère, Mme. Catherine M., a dénoncé publiquement le soupçon d'eugénisme lors de la polémique autour du Téléthon en France lors de l'hiver 2006-2007 : « je comprends mal cette polémique sur l'eugénisme qui a précédé le Téléthon. Nous n'avons jamais voulu des enfants aux cheveux blonds et aux yeux bleus, nous ne voulons pas bannir le handicap. Nous voulions simplement éviter d'avoir un enfant atteint d'une maladie mortelle qui part au bout de quelques mois dans la souffrance, comme Anatole », in : 'Téléthon : polémique dans une éprouvette', *Le Monde*, 7 décembre 2006.

association. Dans ces situations, le sentiment de non reconnaissance apparaît généralement lié au fait que « le choix », « la préférence », « l'avis », mais aussi « la sensibilité » du patient n'ont pas été (assez) pris en compte, voire au fait que l'on n'a pas cherché à informer les patients de la nature de l'acte pratiqué. L'expérience de non-reconnaissance est aussi parfois associée par les patients à l'impression qu'ils ne sont pas reconnus, dans leur (nouvelle) condition de malade. Une telle expérience aboutit parfois à l'idée que l'on a fait l'objet d'un traitement dégradant ou niant « l'humanité de la personne ». Dans certains cas, les patients ou leur proches protestent publiquement, portent l'affaire en justice ou tout au moins à la direction de l'hôpital, revendiquant de participer à la décision qui les concerne en matière de soin, réclamant que leur point de vue soit considéré. Dans d'autres contextes, ils entendent simplement témoigner de leur condition d'existence en tant que malade et être « reconnus » pleinement dans leur nouvelle condition.⁶

Avant de poursuivre, signalons quelques écueils à éviter dans une réflexion sur ces vécus de non-reconnaissance du point de vue qui vise à éclairer leur signification morale et politique. Il ne s'agit pas, à partir d'eux, d'instruire un procès à l'égard de « la médecine » dont les représentants se comporteraient unanimement de façon excessivement paternaliste ou peu « humaine », abusant de leur position de domination et de leur pouvoir, ni même, au-delà, de dénoncer indistinctement les effets délétères des normes sociales diffuses. Ce type de posture recèle à notre sens, parmi d'autres faiblesses, celle de prendre pour cible un fantôme : « la médecine » (ou encore « la société »), entité plus fantasmée que réelle, au regard de la diversité des pratiques et des cultures de service, et d'emblée diabolisée à partir d'une ou de plusieurs expériences négatives généralisées sans précaution. Le problème pour moi n'est pas ici de savoir si le patient dit ou non la vérité, ou a une perception décalée, inappropriée de la situation. Nous avons bien affaire à de tels vécus. Pourquoi émergent-ils de façon récurrente ? Comment peut-on en rendre compte ? Quelle signification et quelle portée leur attribuer ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées à leur propos. Un premier élément d'interprétation pourrait être suggéré par la sociologie de A. Ehrenberg : ces vécus témoigneraient avant tout de la diffusion de plus en plus forte de « l'intime » et du « privé »

⁶ On peut imaginer des revendications de patients qui ne sont pas liées au sentiment de non reconnaissance, mais plutôt par exemple au désir de vivre. Nous ne traitons que les premiers dans cette contribution.

dans la sphère publique, et son usage comme instrument de négociation par les individus dans leurs interactions. L'on témoigne aujourd'hui beaucoup plus facilement qu'autrefois de ce qui auparavant demeurait secret et se trouvait tout au plus partagé au sein de la famille.⁷ On peut considérer que les témoignages du déni de reconnaissance dans la relation entre équipes soignantes et patients renvoient probablement pour partie à une sorte d'usage social, conduisant à l'exposition publique de ce qui a été jusqu'alors considéré comme relevant de la sphère « intime ». Le corps, la santé en faisaient incontestablement partie.

Si cette hypothèse a une pertinence, elle reste à documenter et elle n'épuise sans doute pas le sens de ces expériences de déni de reconnaissance. Un autre élément, sans doute plus significatif, pour comprendre la raison d'être de ces vécus de non reconnaissance et de leur expression publique, réside dans le processus historique de longue haleine qu'est la « démocratisation » de la relation de soins. De fait, ces témoignages semblent s'inscrire en France, depuis les années 1970, dans un contexte d'affirmation de la « voix » du patient et de revendication constante d'une participation à la décision qui le concerne, ou du moins d'une reconnaissance de son point de vue, de sa vision des choses, depuis les débats sur l'avortement et « l'euthanasie » de ces années-là jusqu'au vote de la loi sur les droits des malades (2002) ou celle sur l'accompagnement des personnes en fin de vie (2005). Pour illustrer les effets de ce contexte au-delà du vote des lois, et cette fois dans les pratiques professionnelles, l'on peut évoquer la création en 2002 sur un budget du Ministère de la Santé d'un Centre d'éthique clinique (hôpital Cochin). Ce Centre, qui instruit des cas de décision médicale éthiquement difficiles sur saisine des médecins, mais aussi des patients et de leurs proches, s'est donné pour mission de proposer à l'ensemble des acteurs de la décision un décryptage et une analyse des arguments éthiques en jeu ; de fait, il est parfois également une sorte de chambre d'enregistrement de ces expériences de déni de reconnaissance : les patients qui y font appel prennent à parti, au travers de leur saisine, l'équipe médicale, voire la société dans son ensemble. Autre exemple : la Maison des usagers de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (2000), qui a pour origine la création de la Maison des Proches, fondée dans les années 1990 dans un hôpital de gériatrie de la banlieue parisienne (Georges Clémenceau), et qui se conçoit comme un dispositif de prise de parole. Elle entend développer l'écoute et l'expression des usagers, individuellement et collectivement, directement et à travers leurs associations, et être un outil

⁷ A. Ehrenberg : « si l'individualisme relève de normes et de rapports sociaux, il est moins repli qu'appui sur le privé. L'inflation de la vie privée ne doit donc pas être comprise comme un étalage narcissique – c'est un épiphénomène -, elle est ce que devient la vie privée quand elle se modèle sur la vie publique : un espace où l'on communique pour négocier et aboutir à des compromis au lieu de commander et d'obéir. », in : L'individu incertain, L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 19.

favorisant le partage dans les prises de décision et la formation des personnels à cette fin. Un tel organisme porte à la connaissance de l'institution la parole des patients, tout en permettant à ces derniers d'effectuer un travail de distanciation à l'égard de l'émotion liée à leurs expériences.

De façon générale, le *Code de la santé publique* prévoit que chaque établissement de santé accueille « une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », qui a « pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge ». De telles commissions doivent permettre aux personnes d'exprimer, le cas échéant « leurs griefs » auprès des responsables de l'établissement et être informées de « l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers ».⁸ Depuis les années 1970, on assiste en France à l'affirmation du rôle du patient dans les décisions médicales qui le concernent, en particulier lorsqu'elles impliquent des choix relatifs à sa « qualité de vie », affirmation qui a été enregistrée par la loi au début des années 2000.⁹

Mais tout comme à l'égard de l'hypothèse formulée à partir de la sociologie de A. Erhenberg, il faut sans doute aussi dire à propos de celle liée à l'histoire de la « démocratisation » de la relation de soins qu'elle ne rend pas toujours bien compte de ces vécus de non reconnaissance, parce que ceux-ci n'induisent pas nécessairement la revendication d'une participation à la décision thérapeutique. La revendication de « reconnaissance » paraît porteuse d'un autre contenu qui reste à élucider. Aussi voudrions-nous ici proposer une troisième hypothèse de lecture liée à la théorie de la reconnaissance telle que A. Honneth notamment l'a développée.¹⁰ Les vécus de non reconnaissance exprimés par certains patients ne sont pas à notre sens seulement des marques de la diffusion d'une norme de réalisation de soi, norme qu'il conviendrait de réaliser *même* dans la condition de malade ;¹¹ ils renvoient aussi à la signification politique et morale de la constitution intersubjective de l'identité et de l'estime de soi avancée par la théorie de la reconnaissance.

⁸ *Code de la santé publique*, Art. L. 1112-3, 21^{ème} édition, Paris, Dalloz, 2007, pp. 17-18.

⁹ Pour une analyse des ambivalences de cette affirmation, cf. D. Memmi qui a suggéré qu'elle allait plutôt de pair que *contre* le rôle de l'autorité étatique, cf. *Laisser vivre et faire mourir, le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2002.

¹⁰ Nous nous sommes surtout appuyés sur A. Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, tr. de P. Rusch, Paris, Le Cerf, 2000 [1992], et du même auteur, *La société du mépris, Vers une nouvelle Théorie critique*, éd. établie par O. Voirol, Paris, La découverte, Armillaire, 2006. Voir aussi : Fr. Kischbach, *Fichte et Hegel, La reconnaissance*, Paris, PUF, Philosophies, 1999.

¹¹ A. Ehrenberg : « chacun doit impérativement se trouver un projet et agir par lui-même pour ne pas être exclu du lien, quelle que soit la faiblesse des ressources culturelles, économiques ou sociales dont il dispose », Ibid., pp. 14-15.

Pour le dire d'une autre manière, mon hypothèse est la suivante : d'une part, certaines situations pathologiques ou de handicap induisent ou favorisent ce type de vécu (sentiment d'une certaine inhumanité dans la relation de soin et d'être désarmé pour prendre les décisions), en raison de la dépendance physique, de la faiblesse auxquelles elles sont associées. D'autre part, la pensée bioéthique a peut-être intérêt, pour penser la signification de ces vécus, à emprunter à la théorie de la reconnaissance une conception de la personne différente de celle qu'elle a reprise du kantisme.

Jusqu'à aujourd'hui, de façon générale, la théorie de la reconnaissance n'a pas abordé cette relation médecin & malade de manière spécifique, ni comme matériau empirique de réflexion ni comme illustration de ses thèses. Dans son versant anglo-saxon, cette absence d'intérêt peut sans doute s'expliquer (entre autres choses) par le fait qu'une telle théorie s'est concentrée sur des « luttes » menées collectivement par de larges groupes de la population d'une société - des femmes, des noirs, des homosexuels, de telle ou telle minorité nationale, etc. La population des « patients », de fait, ne s'est pas constituée comme telle en groupe de revendication, même si l'on compte quelques associations de patients puissantes et actives, comme celle qui s'est formée en France autour de la lutte contre le SIDA dans les années 1980. Le plus souvent, le contexte hospitalier n'est pas caractérisé par des mobilisations collectives qui prennent leur source dans une insatisfaction, un mécontentement ou le sentiment de faire l'objet d'un injuste mépris social. Les grèves de patients constituent un phénomène exceptionnel. Leur condition – corps souffrants, vulnérabilité accrue par l'éventuelle douleur, et le cas échéant, perspective d'une mort prochaine ou d'un état corporel marqué par une déficience désormais irrémédiable ou une maladie chronique – rend une telle action difficile, voire impossible pour eux.

Pourtant, la théorie de la reconnaissance, cette fois-ci dans la version qu'en a élaborée A. Honneth, a des raisons de s'intéresser à la relation entre médecins et patients. Il s'agirait pour elle, tout d'abord, de prendre acte du fait qu'émerge parfois, dans cette relation, un sentiment qui s'apparente au déni de reconnaissance pensé par elle et de statuer sur sa nature : renvoie-t-il en effet ou non à l'expérience du déni qu'elle a conçue ? Sommes-nous fondée ici

à passer de l'usage courant du terme de « reconnaissance » à un emploi structuré par cette théorie ? En outre, si la référence à la théorie de la reconnaissance est pertinente, il conviendrait de préciser la forme de « reconnaissance » attendue et revendiquée par certains patients. Car il n'est pas *a priori* évident que la reconnaissance spécifiquement réclamée par eux relève de l'une des trois formes de reconnaissance envisagées par la plupart des théoriciens de la reconnaissance : amour, droit et estime social. Une enquête permet-elle d'établir qu'*en fin de compte*, l'expérience de non reconnaissance des patients s'intègre au cadre théorique déjà établi ou au contraire qu'elle exige la conception d'une forme spécifique et nouvelle de reconnaissance ?

C'est en nous efforçant de répondre à ces interrogations que nous entendons maintenant, d'un même mouvement, confirmer la pertinence de la référence à la théorie de la reconnaissance pour penser les vécus dont témoignent certains patients et préciser comme ils s'intègrent à cette théorie.

Précisons tout d'abord que la considération de ces vécus de non reconnaissance implique à notre sens d'avoir pris ses distances avec la critique énoncée par N. Fraser à l'égard de ce qu'elle estime être « le piège de la psychologisation ». En effet, N. Fraser entend faire du déni de reconnaissance un tort relevant du statut, lié aux relations sociales. E. Ferrarese rappelle à ce propos que « la propre finalité de Nancy Fraser est bien d'écarter de sa théorie de la reconnaissance, qu'elle veut être une théorie de la justice, la souffrance en tant que telle, parce que celle-ci ne procure pas de critère de légitimité pour distinguer entre des prétentions élevées en son nom, et afin d'éviter ses corrélats compassionnels, avec ce qu'ils impliquent d'improvisé, de fluctuant, de dangereusement subjectif ».¹² La question est importante : la critique de N. Fraser semble mettre en cause l'usage même que peut faire un philosophe moral et politique de ces témoignages de déni de reconnaissance : si ces derniers n'expriment qu'une souffrance, un mal-être, alors ils relèvent plus du domaine de la psychologie que d'une approche philosophique. Ils ne sont pas *per se* normatifs.

Il nous semble que E. Renault a proposé une voie de sortie intéressante par rapport à ce débat et nous la reprenons ici à notre compte. Il a affirmé que la philosophie politique et morale pouvait (et devait) partir de l'ensemble des « phénomènes qui apparaissent spontanément comme telles [i.e. des injustices] à ceux qui les vivent ».¹³ Mais il a également

¹² N. Fraser, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte, 2005, p. 50 pour l'expression de N. Fraser et p. 10, Introduction, pour le propos de E. Ferrarese.

¹³ E. Renault, *L'expérience de l'injustice, Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris, La Découverte, 2004, p. 10.

souligné qu'une fois les vécus recensés, il convient d'en proposer une élaboration normative. La théorie ne se dissout pas dans la prise en compte des affects. C'est précisément, à ses yeux, le rôle qui incombe à la théorie de la reconnaissance.¹⁴ Si l'on suit E. Renault, la théorie de la reconnaissance constitue elle-même une réponse et un outil pour éviter le « piège de la psychologisation » pointé par N. Fraser, en ce qu'elle élabore le contenu normatif des vécus exprimés par les personnes.

Une fois ceci précisé, abordons l'expérience de non reconnaissance dans le cadre de la relation médecin/malade. L'on pourrait considérer que la référence à la théorie de la reconnaissance est inutile au sens où cette expérience traduirait avant tout une demande de « compassion » de la part de certains patients, « compassion » qui surgirait d'ailleurs spontanément au spectacle d'un corps qu'on va opérer selon D. Hume !¹⁵ L'éthique médicale a quant à elle largement souligné son importance en tant que vertu morale dans la relation médecin/patient. Elle l'a parfois plus rattachée au rôle et à la fonction de l'infirmière qu'à celle du médecin. Néanmoins, la compassion n'est pas systématiquement spécifiée selon le genre et la fonction. Et pour autant qu'elle n'oblitére pas la capacité de jugement, elle est en général une vertu valorisée pour la profession médicale ainsi que le soulignent T. Beauchamp et J. Childress, deux auteurs d'un des traités de référence dans le champ de l'éthique médicale :

The virtue of compassion is a trait that combines an attitude of active regard for another's welfare with an imaginative awareness and emotional response of deep sympathy, tenderness, and discomfort at another's misfortune or suffering. Compassion presupposes sympathy, has affinities with mercy, and is expressed in acts of beneficence that attempt to alleviate the misfortune or suffering of another person. Unlike integrity, which is focused on the self, compassion is focused on others.¹⁶

La première question que l'on peut donc se poser face à l'expression de ce qui nous est apparu comme des expériences de non reconnaissance est la suivante : n'est-ce pas la compassion, et rien d'autre finalement, que réclament les patients quand ils témoignent de ces expériences ? Il faut écarter cette possible objection. Si les patients sont susceptibles de

¹⁴ Ibid., p. 49.

¹⁵ D. Hume: « Si j'assistais à n'importe laquelle des opérations chirurgicales les plus terribles, il est certain qu'avant même qu'elle commençât, la préparation des instruments, l'exposition ordonnée des bandages, la chauffe des fers, augmentées de tous les signes de l'anxiété et de l'inquiétude du patient et des assistants, auraient grand effet sur mon esprit et mettraient en émoi les sentiments les plus forts de pitié et de terreur » *Traité de la nature humaine*, III, 3, 1, tr. de Ph. Saltel, Paris, GF Flammarion, 1993, p. 197.

¹⁶ T. Beauchamp et J. Childress, *Principles of biomedical ethics*, 5^{ème} éd., Oxford, Oxford University Press, 2003, pp. 32-33.

demander une forme de compassion, ce n'est pas toujours le cas, comme le suggère finement le récit de V. Woolf à propos de son vécu de malade :

Il y a, avouons-le (car la maladie est le confessionnal suprême), une franchise tout enfantine dans la maladie : des choses sont dites, des vérités échappent étourdiment que la prudente respectabilité de la santé dissimule. Pour ce qui est de la compassion, par exemple : nous pouvons nous en passer. (...) Là, nous avançons seul et c'est tant mieux. Être toujours plaint, entouré, compris, voilà qui serait intolérable.¹⁷

Surtout, lorsqu'ils se plaignent d'avoir été traité de manière dégradante, affirment que leur avis a été négligé ou insuffisamment pris en compte, qu'ils n'ont pas été considérés comme des personnes susceptibles d'avoir voix au chapitre dans la décision à propos de leur corps, de leur vie ou de leur santé, ils semblent plutôt revendiquer une forme d'estime particulière. Tout d'abord, ce qui semble être assez généralement revendiqué est l'appartenance à une commune « humanité » - le terme n'étant pas nécessairement défini de manière très précise dans les usages dont il fait l'objet. Le médecin, bien entendu, ne dénie pas *a priori* l'humanité de son patient ni leur commune appartenance à celle-ci. Cependant, nombre de patients - c'est même devenu un lieu commun – se plaignent que l'hôpital est un lieu où ils perdent leur « humanité ».

Deux raisons principales sont avancées pour rendre compte de ce sentiment par les patients. Certaines pathologies induisent un vécu de l'ordre de « l'inaccessibilité » et de « l'invisibilité » comme l'a relevé Cl. Nahmias. Tombée dans un coma dont elle s'éveille 15 jours plus tard amnésique et paralysée, elle passe un an en rééducation à l'hôpital des Invalides et indique s'être rendue compte combien il est devenu difficile pour les autres, membres de sa famille ou inconnus dans la rue, de l'aborder et même simplement de la voir :

Parfois on essaie d'imaginer ce que peut être une vie coincée dans un fauteuil roulant, à quel point ça peut être compliqué. On pense alors bien sûr tout de suite au problème d'accessibilité, à toutes ces choses qu'on ne peut plus faire, ces endroits où on ne peut pas aller. Mais il y a aussi un drôle d'effet boomerang, c'est qu'en fauteuil roulant on devient soi-même inaccessible aux autres, sans faire exprès. Les gens se demandent comment approcher cette personne-là, on ne leur a jamais appris. (...) Être inaccessible, c'est également ne pas être vue. Alice, malgré son jeune âge, l'a immédiatement compris. Un jour, peu de temps après avoir intégré mon nouvel appartement de la rue Elzévir, je m'apprêtais à faire un tour dans la rue avec les enfants et j'étais assez découragée de me voir complètement tordue sur ce fauteuil et si mal fagotée. Alors pour me reconforter, et aussi parce qu'elle était pressée de sortir, Alice m'a lancé : 'Viens, maman, t'en fais pas, de toute façon personne ne te regarde !'¹⁸

¹⁷ V. Woolf, *De la maladie*, tr. de É. Argaud, Paris, Rivages Poche, Petite bibliothèque, 2007 [1926], pp. 35-37.

¹⁸ Cl. Namhias, *Le baiser de l'ange*, Paris, Buchet Chastel, 2007, pp. 83-86.

En outre, les conditions d'exercice de la médecine, le manque de temps empêchant souvent les médecins de développer une relation nourrie avec le patient, et l'évolution de la technologie médicale peuvent donner au patient le sentiment d'être transformé en « objet » : à la fois au sens où ils sont objets de mesure et d'observation et ils ne se sentent pas considérés comme un sujet à part entière. J.-B. Pontalis a très bien su présenter cette sensation liée aux conditions d'exercice de la médecine et à ses modalités techniques contemporaines :

La capacité d'accueil d'un service hospitalier se compte par nombre de lits. L'hôpital exige des malades pour être rentables, pour tourner à plein régime. Il guérit parfois. Il traite toujours. Grande leçon d'humilité : nous nous prenions pour des humains, mais nous n'étions que des choses, des machines fragiles ? Des hommes les examinent, les manipulent, les réparent quand ils le peuvent. Ils se tiennent debout, ces hommes-là, ils vont et viennent, on les entend rire dans le couloir avec les infirmières. Le matin, ils passent dans la chambre, ils cherchent notre nom sur la feuille attachée au bout du lit où est inscrit le zigzag de notre température, ils demandent si on a bien dormi ; leurs journées sont longues, leur temps est mesuré, nous n'allons quand même pas les retarder. On les respecte, on les hait, on s'en remet à eux, ils sont déjà partis. Notre voisin de lit gémit doucement : hôpital, silence.¹⁹

Que suggère ce propos ? Le monde paraît divisé en deux. Certains hommes sont couchés, d'autres debout. La station « debout » ayant été relevée depuis l'Antiquité, dans la littérature médicale et anthropologique, comme ce qui distingue l'homme au sein des espèces animales, cette remarque n'est pas anodine. Certains sont réduits (ou presque) à l'immobilité, d'autres se meuvent sans même y penser. Certains sont éminemment vulnérables et souffrent, d'autres plaisantent et badinent. Certains sont « objectivés » dans des courbes et des chiffres, d'autres prennent les mesures.²⁰ La revendication qui peut découler de cette situation contrastée réside ici dans le désir d'être reconnu, *malgré une dégradation parfois spectaculaire des apparences physiques*, comme un être humain au même titre que le sont les infirmières et les médecins.

Il peut se faire d'ailleurs que le médecin réponde de lui-même à cette attente. Il est par exemple intéressant de noter que, dans l'affaire Humbert, le médecin Frédéric Chaussoy a avancé, pour rendre compte de sa position favorable à l'aide active à la mort de V. Humbert, une justification qui repose en partie sur la référence à l'idée d'« humanité ». Après le non-lieu prononcé à son égard le 27 février 2006, il affirme que « quelque part, [il] ne regrette rien (...) Demain, [il]referai[t] exactement la même chose » : « On est là pour aider, pour apaiser,

¹⁹ J.-B. Pontalis, *Frère du précédent*, Paris, Gallimard, 2006, p. 60.

²⁰ On pourra lire le dossier 'Le corps relégué' proposé dans les *Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1, Paris, PUF, 2007, qui consacre une part importante de son propos à analyser la perception par le patient de cet usage des technologies médicales contemporaines.

pour soulager la souffrance ».²¹ En disant cela, le Dr. Chaussoy semble se conformer à son plus strict devoir de médecin. Mais que désigne-t-il par le terme de « souffrance » ? V. Humbert souffrait-il au sens d'une souffrance que l'on pourrait soulager par l'usage d'analgésiques. Non. Il désirait ne plus vivre. Cela correspond peut-être à une réalité que l'on pourrait désigner du terme de « souffrance », mais qui n'est pas exactement synonyme de la « souffrance » que le médecin a, par profession, pour devoir de soulager. Le Dr. Chaussoy en est d'ailleurs parfaitement conscient puisqu'il a déclaré, au moment de la mort de V. Humbert, que son cas avait appelé en lui « l'homme » et non le médecin.²²

À l'inverse, il peut se faire que certains propos suscitent un vécu d'exclusion, de relégation dans une autre catégorie d'êtres (plantes, machines, etc., les métaphores abondent en ce sens). Ainsi, Cl. Namhias évoque les séances de rééducation comme un moment de conflits au sein de l'équipe soignante où dominent ceux qui la renvoient à son état d'incapacité : d'un côté, dit-elle, l'on rencontre ceux qui participent à « une machination infernale pour t'apprendre comment rester toute ta vie dans un fauteuil roulant » et de l'autre, ceux qui, en cachette, tentent de lui apprendre à utiliser un appareil de marche et sont qualifiés de « mystiques » par leurs collègues.²³

La revendication d'appartenance à une commune « humanité » sous-jacente à nombre d'expériences de non reconnaissance dans la relation entre médecins et patients indique donc, au-delà des cas patents d'abus de pouvoir, d'information insuffisante ou inexistante et de pratiques discriminatoires, l'émergence d'un sentiment de « mise à l'écart » des patients, en particulier lié à certaines pathologies et parfois accentué par les conditions contemporaines d'exercice de la médecine en France (manque de temps, usage massif de technologies « objectivant » le corps des patients). Et il s'agit d'un sentiment de « mise à l'écart » bien particulier puisque les patients ne témoignent pas d'une exclusion hors de leur société, mais bien de « l'humanité ».

Si la revendication sous-jacente au témoignage d'expériences de non reconnaissance porte en général sur l'appartenance à une « commune humanité », elle a également un autre

²¹ Cf. *Le Monde*, 27 février 2006.

²² A. Margalit, dans *La société décente* (tr. de Fr. Billard, revue par L. D'Azay, Paris, Flammarion, 2007 [1996], p. 132) se plaint de la difficulté de trouver d'autres exemples que ceux, extrêmes, liés aux camps de concentration, de l'expérience de « l'humiliation », son concept central, en tant qu'il implique l'expérience d'un rejet hors de l'humanité. Il nous semble que l'expérience des patients constitue une bonne voie d'entrée pour produire d'autres illustrations de celle-ci.

²³ Cl. Namhias, *Le baiser de l'ange*, Opus cit., pp. 126-127.

objet. Celui-ci n'est d'ailleurs pas étranger à l'idée d'« humanité » puisqu'il a constitué un trait spécifiant l'humanité au sein de l'espèce animale de façon récurrente dans la pensée anthropologique et morale occidentale. Mais il intervient en tant que tel dans les expressions de déni de reconnaissance et il faut donc lui accorder une place propre. Il s'agit de la capacité à faire des choix pour sa vie, que nous désignerons ici comme capacité à être un sujet moral.

Ce second élément nous conduit à revenir à la question de la place du patient dans la décision qui concerne sa vie, son corps et sa santé. En France, depuis la loi de 2002 au moins, une forme de participation à la décision qui le concerne est reconnue au patient, diverse selon les contextes thérapeutiques et pour autant que certaines conditions soient remplies, à commencer par la capacité à juger de sa condition présente et future.²⁴ La loi octroie aujourd'hui au patient une place de sujet (au moins partiel) de la décision, c'est-à-dire qu'elle envisage le patient comme un être à même de poser des fins pour son corps et sa santé, en fonction des principes et des valeurs, du moins des préférences, qu'il a fait siens : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».²⁵

Or, lorsque le corps « lâche » et que la condition de santé est particulièrement invalidante, on peut faire l'hypothèse que la reconnaissance de cette capacité acquiert aux yeux du patient une importance plus grande encore que dans sa vie d'avant la maladie : c'est d'une certaine manière la seule chose à travers laquelle il peut encore « agir » au sens plein du terme. Si le médecin (ou la société) dénie au patient malade la possibilité de se comporter en tant que sujet moral, disparaît ce qui permet encore à un malade d'avoir le sentiment qu'il « prend part » à sa propre existence.

Cela est sans doute *a fortiori* vrai dans deux cas : d'une part, lorsque la pathologie conduit le patient à envisager sa mort à plus ou moins brève échéance, lorsqu'« entre la chambre d'hôpital et la chambre funéraire, entre le corps passif, réduit à presque rien, comme absent du monde, et le cadavre aux yeux clos, l'écart s'atténue jour après jour » ;²⁶ d'autre

²⁴ Bien entendu, dans les faits, la reconnaissance de cette capacité est précisément déjà souvent un enjeu de la relation médecin/patient. Mais dans le présent article, nous passerons sur cet aspect, extrêmement complexe, pour privilégier notre objet de réflexion.

²⁵ Cet article a été introduit par la loi sur les droits des malades votée en 2002 et elle a été modulée en 2005. Après avoir énoncé ce principe général, le texte se poursuit de la manière suivante : « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre 'tout traitement' met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. », in *Code de la santé publique*, Art. L. 1111-4, Opus cit., p. 9.

²⁶ J.-B. Pontalis, *Frère du précédent*, Opus cit., p. 60.

part, lorsque la pathologie implique un amoindrissement définitif des capacités. Dans ces deux situations, l'équipe soignante prend en charge une personne dont la condition est telle qu'en le privant des conditions d'exercice de sa capacité morale, elle le prive d'une forme essentielle de positionnement, d'une certaine manière de la seule marge de manœuvre dont elle dispose encore face à une mort prochaine ou à une incapacité qu'elle ne surmontera plus désormais.

Cette analyse des expériences de non reconnaissance dans le cadre de la relation médecin/malade suscite trois ordres de considérations distincts sur lesquels nous aimerions maintenant revenir afin de poser des jalons pour poursuivre la réflexion sur cette relation du point de vue de la philosophie morale et politique.

Le premier est relatif à la relation de soins. Identifier dans le témoignage de ces diverses expériences de non reconnaissance ce qu'a cherché à penser ces vingt dernières années la théorie de la reconnaissance devrait inciter à développer une réflexion sur la façon de se lier au malade. La revendication de la plupart des patients se bornant à celle d'un « meilleur dialogue » avec leur médecin, il conviendrait de favoriser les façons de faire ou d'être qui minimisent le sentiment d'exclusion hors de la commune « humanité ». Cela permettrait de ne pas ajouter à la souffrance liée à la maladie une souffrance produite par l'interaction elle-même, de l'ordre du vécu de la « désaffiliation ». L'activité même de médecin ne va-t-elle pas d'ailleurs en principe contre cet élargissement et cette augmentation de la « souffrance », dans la mesure où elle vise le rétablissement de la santé, et partant la restauration pour le patient d'une relation positive à son corps, élément essentiel de la confiance en soi ?²⁷

Par ailleurs, il nous semble que le rappel du vécu de vulnérabilité du patient permet de comprendre le statut particulier qui peut être conféré, dans le temps de la maladie, à cette capacité à faire des choix pour soi-même. L'on peut bien sûr affirmer en général que la reconnaissance du sujet moral en autrui est essentielle. Mais l'on peut aussi avancer qu'il existe des temps différents de la vie éthique, relatifs à l'état de santé des personnes au sens où, dans le temps de la maladie, en particulier de la maladie chronique, de l'incapacité définitive, voire de la mort prochaine, c'est soudain autant la capacité à faire entendre des choix relatifs à

²⁷ Cf. sur ce point les analyses de A. Honneth, in : 'Identité personnelle et mépris. Les atteintes à l'intégrité physique, juridique et morale de la personne humaine', in : *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Opus cit., Chapitre 6, passim.

sa vie et à son corps – et pas seulement des valeurs et des principes particuliers – qui constitue l'enjeu essentiel dans la relation médecin/patient : précisément parce que la vie de ce dernier s'étiole et que son corps l'« abandonne », cette capacité à énoncer des choix, un point de vue, des préférences est la seule manière pour lui de prendre part à sa propre existence.

Cela implique de pouvoir entendre *aussi* une demande d'arrêt de soins et de traitements (y donner suite relève d'un autre problème que nous n'aborderons pas ici), en renonçant à juger moralement ce qui est peut-être un phénomène psychique d'inversion de souhait issu de la difficulté à « se familiariser avec la nécessité du mourir », ²⁸ mais qui n'est en aucun cas toujours réductible à un signe de dépression, de manque de lucidité ou d'incompétence comme on l'affirme très souvent dans la littérature médicale ou bioéthique, en particulier liée aux soins palliatifs. ²⁹

La reconnaissance explicite du sujet moral qu'est le patient n'est pas nécessairement une tâche compliquée et elle ne se fait pas toujours au détriment du temps du soin, car elle semble passer par une simple façon de se relier à autrui :

Attribuer au partenaire autant d'autorité morale sur ma personne que j'ai conscience d'en avoir moi-même en ce que je suis obligé d'accomplir ou de m'abstenir de certains types d'action. Cette relation de reconnaissance mutuelle requiert des actes et des 'gestes expressifs' (gestes corporels, sourires, expressions faciales, etc.) par lesquels le sujet atteste non seulement de la présence physique de son partenaire d'interaction mais également de sa disposition à lui accorder une place valorisée et à rendre justice à sa 'valeur'. C'est donc par des gestes expressifs que les sujets humains manifestent la valeur positive de leurs partenaires d'interaction dans une reconnaissance mutuelle ; inversement, l'absence de cette médiation expressive revient à leur signifier leur inexistence sociale et à les rendre invisibles. ³⁰

Ce faisant, il ne s'agit pas de nier la fameuse « dissymétrie » qui existe entre médecins et patients, ne serait-ce qu'en termes de savoir sur le corps humain, la nature de la maladie, les conditions et le processus de son éventuelle guérison. Il convient en revanche peut-être de ne pas la généraliser à tous les aspects de la relation entre médecins et patients au point d'interpréter aussi à travers elle la relation de sujet moral à sujet moral, essentielle en contexte

²⁸ S. Freud : « « Choix à la place de nécessité, de fatalité. C'est ainsi que l'homme surmonte la mort qu'il a reconnue dans sa pensée. On ne peut concevoir de triomphe plus fort de l'accomplissement de souhait. On choisit là où en réalité on obéit à la contrainte, et celle qu'on choisit n'est pas l'effroyable, mais la plus belle et la plus digne d'être désirée », 'Le motif du choix des coffrets', in : *Œuvres complètes, Psychanalyse, Tome XII, 1913-1914, Le Moïse de Michel-Ange ...*, Dir. publication A. Bourguignon et P. Cotet, dir. scientifique J. Laplanche, Paris, PUF, 2005, p. 63.

²⁹ Je me permets ici de renvoyer à l'un de mes articles : 'Peut-on désirer mourir ? Médecins et patients face au 'mal de vivre', in : *Action médicale et Confiance*, Presses Universitaires de Besançon, série Agon, 2007, pp. 157-173.

³⁰ O. Voirol, in : A. Honneth, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, éd. établie par O. Voirol, Paris, La Découverte, Armillaire, 2006, Préface, p. 29.

thérapeutique lorsqu'il convient d'effectuer des choix relatifs à la santé, la vie, la mort ou la condition physique d'une personne.

Le second ordre de considérations a pour objet la théorie de la reconnaissance elle-même. L'inclusion dans le champ de réflexion de cette théorie de la relation entre médecins et patients a deux implications : un élargissement mais aussi une interrogation. Il nous semble tout d'abord que cette inclusion ne permet pas seulement d'ajouter un nouvel exemple au tableau déjà riche de ses illustrations, d'inclure dans son spectre d'objets des situations de conflit et d'incompréhension inédites. Au-delà, l'intégration des expériences de non reconnaissance qui surviennent dans le cadre de la relation médecin/malade dote la théorie de la reconnaissance d'un outil de travail particulièrement précieux.

En effet, nous l'avons souligné au début de notre propos, les « patients » ne constituent pas à proprement parler un groupe particulier dans la population : leur spécificité renvoie à une condition souffrante qui peut être le lot de tout un chacun. Or, précisément parce qu'il s'agit d'une expérience universelle plutôt que d'une condition historiquement connue de certains groupes sociaux seulement, elle constitue un cas qui permet à tous, y compris ceux qui n'ont jamais fait – les bienheureux ! – l'expérience d'une non reconnaissance – à partir duquel il est possible de comprendre et même d'éprouver la nature de ce déni. Il constitue de ce fait une clé d'entrée majeure dans la théorie de la reconnaissance et un vecteur de compréhension privilégié du contenu normatif qu'il est possible d'élaborer à partir de tels vécus.

Cependant, l'inclusion de cette expérience de non reconnaissance suscite aussi un questionnement pour la théorie de la reconnaissance. En effet, nous avons jusqu'à maintenant qualifié d'« estime » ce qui est revendiqué dans les témoignages de patients, sachant que l'estime sociale est, avec l'amour et le droit, l'une des trois formes de reconnaissance identifiées et définies par cette théorie. Toutefois, il s'agit dans notre cas d'une estime particulière, qui dépasse largement l'approbation qu'un groupe social peut donner à l'un de ses membres. Nous avons vu que la revendication portait sur la ré-inclusion du patient à la « commune humanité » et sur une marque spécifique de celle-ci, la reconnaissance de la capacité du sujet à poser ses propres fins en fonctions de principes, de valeurs ou de normes qu'il a fait siens. Ce qui est réclamé est donc une estime qu'il n'est pas faux de qualifier de « sociale » puisqu'elle met en jeu une relation avec autrui. Mais en un sens plus spécifique, l'estime revendiquée transcende cette estime « sociale », puisqu'elle exige d'être capable de

se relier à une abstraction d'un plus haut degré, « l'humanité ». Ce qui est réclamé est en effet l'estime qu'un homme/sujet moral peut accorder à un autre *en tant qu'*homme/sujet moral.

Si la théorie de la reconnaissance inclut les expériences de non reconnaissance vécues dans le cadre de la relation médecin/malade, il lui incombe dès lors de prendre en charge une double interrogation : d'une part, relatif à la notion d'humanité ici convoquée ; d'autre part, lié aux relations qui, par elles-mêmes, donneraient lieu à l'appréhension d'une commune humanité ». En effet, la notion d'humanité ne fait pas l'objet d'une définition précise dans les usages que nous avons cités. Patients, proches et médecins s'y réfèrent le plus souvent comme s'il s'agissait d'une évidence comprise de tous. Quelles sont ces relations si singulières entre médecins et patients où semble surgir parfois « l'amour de l'humanité » ?³¹ Pouvons-nous accepter cet usage « en creux » de la notion d'humanité ? Ou devons-nous mener un travail définitionnel sans lequel la revendication de reconnaissance des patients risque de perdre sa validité morale ?

Il paraît d'autant plus important de répondre à ces interrogations qu'il semble y avoir des bénéfices théoriques importants à tirer de l'usage de la théorie de la reconnaissance pour penser la relation entre médecins et patients. C'est le troisième ordre de considérations que nous aimerions maintenant aborder pour conclure. Pour l'essentiel, cette relation est aujourd'hui abordée de deux façons. Elle est tout d'abord traitée de façon abstraite et générale, « macro-sociale » et « macro-économique », par les sciences politiques, l'économie appliquée au champ de la santé ou la philosophie politique (le découpage disciplinaire et des objets variant au gré des aires culturelles) : la relation entre équipes soignantes et patients est dans ce cas envisagée sous l'angle de la question de la répartition des ressources et du critère « juste » d'une bonne répartition. Elle est par ailleurs examinée, dans sa spécificité et sa particularité par la philosophie morale (là encore, l'appellation du discours diffère selon les aires culturelles : la bioéthique dans sa variante philosophique ou la « philosophie appliquée »).

Dans ce double traitement, il nous semble que manque souvent à l'analyse de la relation entre équipes soignantes et patients l'articulation entre une dimension que l'on pourrait nommer « politique » et une dimension communément désignée comme « morale ». Lorsqu'elle entend avant tout analyser et comprendre un débat, une controverse, la philosophie morale cherche aujourd'hui à appréhender la nature des principes, des normes et des valeurs qui régissent tel ou tel choix relatif à son corps, à la santé, au fait de vivre ou non

³¹ D. Hume, *Traité de la nature humaine, La morale, III*, tr. de Ph. Saltel, Paris, GF Flammarion, 1993, p. 79.

avec telle ou telle pathologie ; elle entend aussi parfois prolonger ce genre d'analyse dans une perspective critique et évaluer elle-même le fondement de ces principes, valeurs et normes. Elle peut aussi adopter une posture d'emblée normative et proposer elle-même des « prescriptions » morales concernant les choix relatifs au corps et à la santé, à la vie, à la procréation et à la mort. Dans tous les cas de figure, elle demeure concentrée sur la relation entre équipes soignantes et patients. Elle ne cherche pas à appréhender les raisons d'agir des personnes au-delà de la singularité des situations. Or, qu'une société ait fait le choix d'un système de santé fondé sur un financement à dominante publique ou à dominante privée, et quels que soient les chevauchements et les recoupements entre le droit positif de cette société et les normes morales diffuses en elle, on peut avancer que tout choix moral relatif à une personne spécifique a une signification pour la collectivité dans laquelle il s'inscrit : parce qu'il a éventuellement un coût pour cette dernière et surtout parce qu'il constitue toujours une prise de position par rapport aux normes morales majoritaires, explicites ou non, et au droit. Ce choix leur correspond, rompt avec elle ou encore témoigne de l'émergence de nouvelles normes, concurrentes de celles majoritairement en vigueur.

Afin de ne perdre de vue ni le sens et la portée d'un choix pour la personne singulière ni ceux qu'ils ont pour la collectivité dans laquelle elle s'inscrit, il paraît essentiel de proposer une analyse que nous décrirons comme morale et politique. Dans ce cadre, « la morale » ne renvoie pas à la singularité et « la politique » à la collectivité ; plutôt, la dimension politique explicitement assumée par l'analyse doit permettre de ressaisir l'impact social d'un choix moral concernant une personne particulière. Or, sur la question de l'articulation entre analyse morale et analyse politique, la théorie de la reconnaissance est un outil particulièrement utile, puisque précisément, elle entend articuler des luttes appréhendées comme « politiques » à des conceptions normatives de la vie bonne, marquer la présence de la question morale dans la vie politique d'une société, en étudier les manifestations et les conséquences.

Marie Gaille, CERSES (CNRS, Université Paris-Descartes)